



Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. • Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Dr. Martina Bunge, MdB
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit im
Deutschen Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bonn, 11.12.07

Stellungnahme zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz)

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

In der Bundesrepublik Deutschland leben ca. 9 Millionen Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung. Nicht wenige dieser Menschen sind auch auf Pflege und Leistungen der sozialen Pflegeversicherung angewiesen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich die Absicht der Bundesregierung, Pflege besser als bisher auf die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Menschen abzustimmen. Dies gilt gleichermaßen für die Beschleunigung des Antragsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Fristsetzung bei der Bearbeitung der Anträge auf Rehabilitation. Allerdings sind wir der Auffassung, dass sich das vorliegende Gesetz stärker an der Pflege alter Menschen als die behinderter Menschen orientiert.

Wir bedauern insbesondere, dass der notwendige Paradigmenwechsel zur teilhabeorientierten Pflege mit dem Gesetzentwurf nicht vollzogen und eine Überarbeitung des Bereiches auf das nächste Jahr verschoben wurde.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden zudem eine Reihe neuer Verwaltungsstrukturen geschaffen. Die hierfür benötigten und bereitstehenden finanziellen Mittel könnten unserer Auffassung nach ebenso gut zur Verbesserung der Pflegeleistungen eingesetzt werden.

Zu Ihrer Information erhalten Sie anbei die Stellungnahme des Verbandes zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.

Gerne stellen wir Ihnen die Positionen der Deutschen Rheuma-Liga im Rahmen der Anhörungen zum Gesetzentwurf dar.

Mit freundlichen Grüßen

Ursula Faubel
Geschäftsführerin

Vorstand

Prof. Dr. Ing. habil. Christine Jakob, *Präsidentin* • Helga Germakowski, *Rotraut Schmale-Grede, Vizepräsidentinnen* • Günter Deibert, *Schatzmeister* • Helga Jäniche, *Schriftführerin* • Dr. med. Wolfgang Brückle, Erika Christ, Christel Kalesse, Marion Rink, Borgi Winkler-Rohlfing, *Beisitzer* • Jörg Kayser

Geschäftsführerin
Ursula Faubel

Bankverbindung
Konto-Nr. 3 354 709 • BLZ 370 606 15
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Köln



**Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)**

Allgemeine Einschätzung

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich die Absicht der Bundesregierung, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) Pflege besser als bisher auf die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Menschen abzustimmen.

Die Deutsche Rheuma-Liga bedauert, dass die Bundesregierung die Empfehlungen des Arbeitskreises „Teilhabeorientierte Pflege“ nicht aufgegriffen hat. Der dringend erforderliche Paradigmenwechsel in der Pflege weg von der verrichtungsbezogenen Pflege hin zu einer teilhabeorientierten Pflege wurde nicht vorgenommen. Stattdessen hat sich die Bundesregierung entschlossen, mittels eines Modellprojektes bis 2008 mögliche Begutachtungsinstrumente sowie deren finanzielle Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung zu prüfen.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga berücksichtigt der vorliegende Gesetzentwurf in erster Linie die Pflege alter Menschen und weniger die von behinderten Menschen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ebenfalls die Intention der Bundesregierung, die Rehabilitation in der Pflege zu stärken sowie dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ mehr Nachdruck zu verleihen. Der von der Bundesregierung vorgelegte Maßnahmenkatalog geht nach Ansicht der Deutschen Rheuma-Liga jedoch nicht weit genug.

Zur Stabilisierung der Pflegeversicherung ist eine Beitragserhöhung von 0,25% auf 1,95% zum 01.07.2008 vorgesehen, die erforderliche Dynamisierung der Leistungen wird allerdings erstmalig 2015 umgesetzt. Nach Berechnungen der Bundesregierung ist damit eine Unterfinanzierung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2014/2015 abgewendet. In der Konsequenz bedeutet dies zwar zunächst eine finanzielle Sicherung der Pflegeversicherung, dem gegenüber steht jedoch ein wachsender Kreis von Nutzern der Pflegeversicherung. So ist nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes mit einem Anstieg der pflegebedürftigen Menschen auf 3,09 Millionen Menschen 2030 zu rechnen. Gleichzeitig dürften die Ausgaben für die soziale Pflegeversicherung weiter ansteigen. Eine weitere Erhöhung des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung scheint somit unumgänglich.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die Anteile der Eigenvorsorge in der Pflegeversicherung gestärkt werden. Die Bundesregierung bestätigt hiermit die bisherige Grundidee der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung. Es ist darauf zu achten, dass die Finanzierung der Pflege weiterhin solidarisch erbracht wird.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden eine Reihe neuer Verwaltungsstrukturen geschaffen. Die hierfür benötigten und bereitstehenden finanziellen Mittel könnten ebenso gut zur Verbesserung der Pflegeleistungen eingesetzt werden.

Der Gesetzentwurf sieht auch die Stärkung der Selbsthilfe und die Förderung ehrenamtlicher Strukturen vor. Dies ist im Grundsatz zu begrüßen, doch wäre hier eine verbindlichere Festschreibung der Förderung der Selbsthilfe analog zu §20c SGB V wünschenswert.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1

Zu § 7a SGB XI GesE Pflegeberatung

Mit der Einführung des Pflegeberaters bzw. der Pflegeberaterin soll die Betreuung pflegebedürftiger Menschen aus einer Hand sichergestellt werden. Gesetzlich Versicherte haben ab dem 01. Januar 2009 einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung.

Zu den Hauptaufgaben der Berater und -beraterinnen gehören die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen sowie die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes. Darüber hinaus sollen Pflegeberater und -beraterinnen auch Entscheidungsbefugnisse erhalten. Zusätzlich wird eine enge Zusammenarbeit mit anderen Stellen, insbesondere den Service-Stellen nach § 23 SGB IX, erwartet. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen diese Pflegeberater und -beraterinnen aus den Reihen der Beschäftigten der Pflegekassen rekrutiert werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich die Installation von Pflegeberatern und -beraterinnen, die pflegebedürftige Menschen durch das System begleiten sollen. Dass die Berater und Beraterinnen dabei aufsuchend tätig werden, erleichtert vielen pflegebedürftigen Menschen und auch ihren Angehörigen die Inanspruchnahme dieser Leistung.

Als problematisch sieht die Rheuma-Liga hingegen die Verknüpfung in der Anbindung als Mitarbeiter einer Pflegekasse sowie der Entscheidungsbefugnisse, die den Beratern und Beraterinnen zugewiesen werden sollen. Inwieweit hier ausschließlich im Sinne der pflegebedürftigen Menschen gehandelt werden wird, bleibt abzuwarten.

Der Aufbau von Pflegestützpunkten nach § 92 GesE sowie die Installation von Pflegeberatern und -beraterinnen wird nicht nur mit einem höheren Verwaltungsaufwand, sondern auch mit zusätzlichen finanziellen Kosten verbunden sein. Diese finanziellen Mittel könnten ebenso gut zur Verbesserung der Pflegeleistungen eingesetzt werden. Dennoch wäre nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga eine Ansiedelung der Pflegeberater und -beraterinnen außerhalb des Systems der Pflegekassen sinnvoll, um eine entsprechende Unabhängigkeit der Berater und Beraterinnen zu gewährleisten.

Zu § 18 SGB XI GesE Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Anträge zur Pflegebedürftigkeit sollen zukünftig schneller als bisher, nämlich innerhalb einer Frist von fünf Wochen, bearbeitet werden. Bei Inanspruchnahme von Pflegezeit beträgt die Bearbeitungsfrist für Personen, die sich in häuslicher Umgebung befinden, zukünftig zwei Wochen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Absicht der Bundesregierung mit dieser Änderung grundsätzlich eine Beschleunigung der Bearbeitung von Anträgen zu erreichen und die Frist im Falle der Inanspruchnahme von Pflegezeit auf 2 Wochen zu festzusetzen.

Durch die bisher offene Bearbeitungsfrist bei Anträgen zur Pflegebedürftigkeit gab es bei vielen Betroffenen Probleme mit der Sicherung der Existenzgrundlage, die auch auf die Verzögerung zwischen Antragstellung und -gewährung zurückzuführen ist. Mit der Neuregelung ist für alle Beteiligten eine zeitnahe Organisation und Planung der Pflege möglich.

Die Deutsche Rheuma-Liga vertritt aber auch die Auffassung, dass ein grundsätzlicher Überarbeitungsbedarf im Hinblick auf die Pflegebegutachtung nötig ist.

Die rheumatischen Erkrankungen sind durch einen schubweisen Verlauf mit Phasen von Krankheitsverbesserung und -verschlechterung und einem Wechsel der Funktionseinschränkung gekennzeichnet. Begleiterscheinungen, wie z. B. die chronische Erschöpfung, finden genauso wie die individuelle Verlaufsform der rheumatischen Erkrankung im Verfahren keine Berücksichtigung. Zeitkorridore werden als verbindliche Vorgaben ohne Berücksichtigung des Einzelfalls angewendet. Pflegeerschwerende Faktoren, wie ein erhöhter Zeitaufwand aufgrund entzündeter Gelenke, werden nicht anerkannt.

Insbesondere bei den Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATL) „Mobilität: Anziehen/Ausziehen“, „Körperpflege: Kämmen“ oder „Hilfe bei der Ausscheidung“ stimmen die Zeitvorgaben zur Pflege nicht mit dem tatsächlichen Hilfebedarf überein bzw. verändern sich mit dem schubweisen Verlauf der Erkrankung. Die Funktionseinbußen z.B. in den Finger- bzw. Handgelenken machen es für Pflegende bei rheumakranken Menschen je nach Stadium der Erkrankung nahezu unmöglich, die Aktivitäten im vorgesehenen Zeitkorridor durchzuführen. Eine aktivierende Pflege, wie in § 28 Abs. 4 SGB XI vorgesehen, wird durch den engen Zeitkorridor unnötig erschwert.

Auf Pflegetagebücher, die den tatsächlichen täglichen Aufwand dokumentieren, wird ebenso wie auf Gutachten der behandelnden Haus- bzw. Fachärzte, kein oder nur unzureichend Bezug genommen.

Gleichzeitig erreichen viele rheumakranke Menschen aufgrund der Begutachtung des MDK die Pflegestufe I nicht, obwohl ein Hilfebedarf vorliegt. Die Pflege nach Modulen hat sich nach Erfahrungen der Deutschen Rheuma-Liga in der Praxis nicht bewährt, da sie den Anforderungen an die Bedürfnisse der Betroffenen nicht gerecht wird. Es ist daher zu überlegen, ob das starre System der Pflegestufen I-III nicht zugunsten der Abrechnung nach Stundenleistungen aufgegeben wird.

Zu § 18 Abs. 7 SGB XI GesE Begutachtung von Kindern

Mit Absatz 7 wird festgelegt, dass zukünftig die Begutachtung von Kindern nur durch spezialisierte Gutachter vorgenommen werden darf. Diese Regelung wird von der Deutschen Rheuma-Liga als erster Schritt ausdrücklich unterstützt. Die Einschränkung, die durch die Formulierung „in der Regel“ entstehen könnte, sollte gestrichen werden.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist auch hier die grundsätzliche Neugestaltung des Assessments zur Begutachtung vorzunehmen. Die besonderen Anforderungen in der Pflege von rheumakranken Kindern werden in der bisherigen Praxis der Einstufung in eine Pflegestufe nur unzureichend berücksichtigt. Gemäß § 15 Abs. 2 SGB XI wird bei pflegebedürftigen Kindern bisher lediglich der zusätzliche Hilfebedarf in Relation zu einem gesunden gleichaltrigen Kind zu Grunde gelegt.

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind äußerst schmerzhaft, bedürfen einer dauerhaften Medikation und täglicher krankengymnastischer Übungen. Je jünger die Kinder sind, desto schwieriger ist z.B. die Medikamentengabe oder die Durchführung von bzw. Anleitung zu krankengymnastischen Übungen. In vielen Fällen ist auch ein nächtlicher Betreuungsbedarf gegeben. Eltern sind bei der Pflege ihrer Kinder weit- aus stärker eingebunden, als dies bei gleichaltrigen gesunden Kindern der Fall ist. Der erhöhte Zeitaufwand findet jedoch bisher eine ungenügende Berücksichtigung bei der Feststellung des Hilfebedarfs.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga sollte sich die Begutachtung von pflegebedürftigen Menschen grundsätzlich über den Hilfebedarf hinaus auch auf die Partizipationsmöglichkeiten sowie das gesellschaftliche und familiäre Umfeld der Betroffenen erstrecken.

Zu § 31 SGB XI GesE Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen können die Unterlagen aus der Begutachtung nach § 18 SGB XI GesE zum einen an den behandelnden Arzt weitergeleitet werden und zum anderen kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen eine entsprechende Mitteilung an den Rehabilitationsträger ergehen. Diese Mitteilung gilt gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation.

Der Zugang zur Rehabilitation war bisher auch für alte Menschen erschwert. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist es daher grundsätzlich zu befürworten, dass Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden. Um Pflegebedürftigkeit bei rheumatischen Erkrankungen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern und eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten, müssen Rehabilitationsleistungen wesentlich früher durchgeführt werden.

Zu §§ 36, 37 SGB XI GesE Pflegesachleistung, Pflegegeld

Die Regelung nach § 36 Abs. 1 SGB XI GesE ermöglicht zukünftig das „Poolen“ von Leistungen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung. Dabei soll gewonnene Zeit

von Pflegediensten für Betreuungsleistungen (§ 43 Abs. 2 und § 45b Abs 1 Satz 3) genutzt werden. Die Betreuungsleistungen dürfen nicht als Sachleistung in Anspruch genommen werden, wenn bereits Leistungen beispielsweise im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden.

Die Möglichkeit des „Poolen“ von Leistungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist hier auf eine klare Abgrenzung von Leistungen nach SGB XI bzw. SGB XII zu achten, um Überschneidungen zu vermeiden.

Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ will die Bundesregierung sowohl durch eine Anhebung der Sachleistungsbeträge als auch des Pflegegeldes gerecht werden. Die hier vorgesehene Erhöhung in den Pflegestufen I-III sind als marginal zu bezeichnen und werden nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga nicht dazu führen, den tatsächlichen Bedarf angemessen abzudecken. Betroffene werden nach wie gezwungen sein, sich Leistungen selber zu finanzieren bzw. zu besorgen. Dies bedeutet für viele rheumakranke Menschen eine hohe finanzielle Belastung, die in der Folge zu einer Unter- bzw. Fehlversorgung dieser pflegebedürftigen Menschen führen kann.

Eine Untersuchung des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums zum Hilfebedarf rheumakranker Menschen macht deutlich, dass in Mehrpersonenhaushalten rheumakranker Menschen die Hilfeleistung überwiegend vom Partner erbracht wird. Die Qualität der Unterstützung ist dabei abhängig vom Gesundheitszustand der Hilfeleistenden. Für betreuende Angehörige sind daher niedrighschwellige Angebote, wie ein Pflegenottelefon oder Schulungen, von besonderer Bedeutung und müssen entsprechend zur Verfügung stehen. Die Inanspruchnahme entlastender Angebote (Sachleistungen) darf sich nicht auf den Bezug von Pflegegeld auswirken.

Zu §§ 45a, 45b SGB XI GesE Leistungen für Versicherte mit erheblichen allgemeinem Betreuungsbedarf

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Einbeziehung von Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (so genannte Pflegestufe 0) in das System der sozialen Pflegeversicherung.

Für den genannten Personenkreis ist eine Erhöhung des Betreuungsbetrages auf bis zu 2.400 Euro jährlich bzw. maximal 200 Euro monatlich vorgesehen. Der Inanspruchnahme des Geldbetrages geht jedoch eine Einzelfallprüfung durch den MDK voraus, in der dann über die tatsächliche Höhe des Betreuungsbetrages entschieden wird. Als Grundlage zur Bemessung des Betrages sollen einheitliche Richtlinien verfasst und bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorgelegt werden. An der Erstellung dieser Richtlinien sind auch die Organisationen der Selbsthilfe zu beteiligen.

Im Gesetzentwurf sind zur MDK-Empfehlung bisher keine klaren Regelungen vorgesehen. Hier besteht nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga Nachbesserungsbedarf.

Zu § 45d SGB XI GesE Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe

Mit dieser Regelung wird die Selbsthilfe in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen miteinbezogen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Regelung. Die Verbände der Deutschen Rheuma-Liga engagieren sich bereits heute in der Betreuung von Schwerstbetroffenen. Eine Möglichkeit der Förderung wäre z.B. die Fortbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter auf diesem Gebiet.

Zu § 47 SGB XI GesE Private Pflege-Zusatzversicherung

Mit der Einführung eines neuen Absatzes 2 wird es den gesetzlichen Krankenkassen zukünftig möglich sein, ihren Versicherten private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln. Nach dem Willen der Bundesregierung soll so die Eigenvorsorge des Einzelnen gestärkt und gleichzeitig mehr Wettbewerb auf dem Markt hergestellt werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga sieht in dieser Regelung eine Benachteiligung chronisch rheumakranker Menschen. So ist es den Betroffenen bereits heute nicht möglich, aufgrund der Weigerung der Versicherungen eine private Zusatzversicherung abzuschließen. Ebenso sehen sich Menschen mit einem geringen Einkommen in vielen Fällen außerstande, den Beitrag zu einer entsprechenden Versicherung aufzubringen. Daher muss sichergestellt werden, dass chronisch kranke Menschen in die Versicherungen aufgenommen werden und es Menschen mit einem geringen Einkommen ermöglicht wird, mit staatlicher Unterstützung die Beiträge aufzubringen.

Zu § 87a SGB XI GesE Annerkennungsbetrag für rehabilitative Maßnahmen

Mit dem Gesetzentwurf soll auch eine Stärkung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege erreicht werden (§ 5 Abs. 2).

Der Gesetzentwurf sieht hier u.a. einen Anerkennungsbetrag von 1.536 Euro für diejenigen Pflegeheime vor, in denen Pflegebedürftige durch aktivierende und rehabilitative Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft wurden. Welche Maßnahmen den Pflegeheimen hierfür zur Verfügung stehen, wird allerdings nicht aufgezeigt. Eine stärkere Verzahnung der Regelungen des SGB XI mit den Regelungen des SGB IX wäre wünschenswert.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist darauf hin, dass mit Schaffung finanzieller Anreizsysteme auch immer eine mögliche Fehlsteuerung einhergehen kann.

Zu § 92c SGB XI GesE Pflegestützpunkte

Mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten soll die wohnortnahe und integrierte Versorgung pflegebedürftiger Menschen verbessert werden (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB XI GesE). Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sind umfassend. So sollen Pflegestützpunkte neben der Beratung pflegebedürftiger Menschen die Koordination aller „(...)

für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung der Inanspruchnahme der Leistungen (...)“ übernehmen (§ 92c Abs 1 SGB XI GesE).

Für die Aufgaben in den Pflegestützpunkten sollen Mitarbeiter aus den Bereichen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und Pflegeversicherung sowie den Landesstellen abgestellt werden. Ebenfalls bei den Pflegestützpunkten angesiedelt sind die Pflegeberater und -beraterinnen nach § 7a SGB XI GesE. Die Finanzierung erfolgt durch die genannten Träger. Das Verhältnis Pflegestützpunkt zu Einwohner soll 1:20.000 betragen.

In die Arbeit der Pflegestützpunkte miteinbezogen werden sollen u.a. auch Mitglieder von Selbsthilfegruppen oder -organisationen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich die Einrichtung von Pflegestützpunkten. Allerdings hält sie es für fraglich, ob diese umfassende Aufgabenstellung durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Pflegestützpunkten tatsächlich erfüllt werden kann. Analog zu § 7a SGB XI GesE hält sie es für wünschenswert, wenn die Pflegestützpunkte außerhalb der Kostenträger angesiedelt wären.

Ein Vergleich der Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen und der Pflegestützpunkte zeigt Überschneidungen auf, so dass hier unter Umständen Doppelstrukturen geschaffen werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt, dass auch die Kompetenz und das Wissen der Mitglieder von Selbsthilfegruppen und -organisationen in die Arbeit miteinbezogen werden sollen.

Zu §§ 113, 113a SGB XI GesE Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, Expertenstandards

Zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sollen Grundsätze erarbeitet werden (§ 113 SGB XI GesE). Darüber hinaus sollen Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege entwickelt bzw. aktualisiert werden (§ 113a SGB XI GesE). In beiden Fällen ist eine Beteiligung der Selbsthilfe vorgesehen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Entwicklung von Expertenstandards sowie die Einbeziehung der Selbsthilfe in die Entwicklung dieser Standards.

Nach wie vor verfügen Pflegekräfte, sofern sie nicht direkt an eine Rheumaklinik angebunden sind nur über unzureichende Kenntnisse der unterschiedlichen rheumatischen Erkrankungen und ihrer unterschiedlichen Verläufe. Pflegekräfte müssen über spezielle Kenntnisse der rheumatischen Erkrankungen und ihrer Verläufe verfügen.

§ 114 SGB XI GesE sieht regelmäßige Kontrollen zur Qualität der pflegerischen Leistungen vor. Bisher werden hierbei nur die sichtbaren Faktoren (z.B. gekämmte Haare, saubere Kleidung) begutachtet.

Nach Auffassung der Rheuma-Liga muss ein Qualitätsmanagement, im Sinne einer teilhabeorientierten Pflege, auch die psychosozialen Komponenten pflegebedürftiger Menschen mit einbeziehen.

Artikel 6

Zu § 11 SGB V Versorgungsmanagement

Mit dem GKV-WSG wurde im SGB V der Anspruch Versicherter auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen eingeführt.

Mit der vorgenommenen Regelung wird eine Konkretisierung dieser Regelung vorgenommen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese positive Entwicklung. Sie weist aber darauf hin, dass damit andere Schnittstellenprobleme wie z.B. der Übergang der medikamentösen Versorgung vom stationären zum ambulanten Bereich weiterhin bestehen bleiben. Auch hierfür müssen Regelungen gefunden werden.

Bonn, den 11.12.07